

## REFLEXIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN CHILE

### REFLEXION OF BREASTFEEDING IN CHILE

**María Isabel Núñez Hernández**

Enfermera - Matrona,

Profesora Asociada Escuela de Enfermería Universidad de los Andes. Alumna Doctorado Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Brasil.

**Maria Luisa González Riesco**

Doctora, Profesora Escuela de Enfermería Universidad de São Paulo. Programa de postgraduación en Enfermagen.

---

*Artículo recibido el 10 de junio, 2013. Aceptado el 7 de julio 2013*

**RESUMEN**

*El artículo presenta una reflexión de la lactancia materna, cómo esta ha sido influenciada por los modelos socioculturales de las diferentes épocas, centrándose en la transformación que ha tenido en Chile y cómo ha sido considerado el rol de la mujer en la lactancia materna. Finalmente, se hace un llamado a reflexionar sobre cómo los profesionales de la salud estamos ejerciendo la responsabilidad profesional que nos compete en la promoción de la lactancia materna.*

**ABSTRACT**

*The paper presents a reflection of breastfeeding, as it have been influenced by socio cultural models along the time, focusing on transformations that had in Chile has been regarded as the role of women in breastfeeding. Finally, a call to reflect on how health professionals are exercising the their responsibility we compete in the promotion of The Breastfeeding.*

---

\* Correspondencia e-mail: minunez1b@gmail.com

## **INTRODUCCIÓN**

La imagen de la lactancia materna ideal que fue generada en las personas, a finales del siglo pasado, mediante campañas publicitarias, se ve hoy en día contrastada con la realidad y con los cambios que se han presentado en la lactancia materna.

El objeto de este artículo es ahondar en la transformación histórica que ha tenido la lactancia materna en el mundo en general, pero específicamente en Chile, para poder comprender los diversos vaivenes que ha tenido este acto y reflexionar acerca de nuestra responsabilidad, como profesionales de la salud en el problema que hoy se presenta en el país, en relación al incumplimiento en las metas sanitarias de la lactancia materna exclusiva a pesar de las estrategias abordadas para favorecerla.

## **DESARROLLO**

La lactancia materna a través de la historia de la humanidad ha tenido cambios significativos que van en relación con cambios sociales y fundamentalmente culturales, desde pensar que la leche materna, específicamente el calostro, no debía ser tomado por el niño por considerarlo peligroso y venenoso, como lo expresaba Aristóteles en su *Historia Animalium*<sup>1</sup>, donde hace referencia a la lactancia, sea esta dada por la madre o por una nodriza, pasando por Hipócrates, para quien la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, y por el propio Galeno, para quien la lactancia materna se debía acompañar de abstinencia sexual por un periodo no menor a 24 meses. Todos estos pensamientos contribuyeron de alguna manera a crear una baja opinión social del amamantamiento, al que se le consideraba indigno, vergonzoso, propio de clases más necesitadas. Además, la decisión de si los propios hijos serían o no amamantados por su madre era decisión del padre. Todos estos argumentos favorecieron en las clases más acomodadas, la aparición de

las nodrizas, madres sustitutas, amas de leche o amas de crías, que daban lactancia materna a niños ajenos<sup>2</sup>.

Las primeras evidencias sobre ellas se encuentran en la antigüedad y luego se especifica en el libro del Éxodo en la Biblia. Hay referencias antiquísimas al sistema de amas de cría en dos códigos babilónicos de la antigua Mesopotamia: una de las Leyes de Eshnunna (final del siglo XIX a. C.) estipula el pago debido a la nodriza, y el Código de Hammurabi, unos treinta años posterior al anterior, contiene una disposición sobre las nodrizas; el hebreo Jeremías se lamenta en el 600 a. C. que las mujeres de la época sean peores que chacales por no amamantar a sus hijos<sup>3</sup>.

La mayoría de las mujeres nobles del Imperio Romano recurrían a nodrizas para amamantar a sus hijos. Una evidencia de esto último se puede ver en el tratado de ginecología y obstetricia escrito por Sorano de Efeso (98-138 d. C.), donde describe las condiciones de elección de una buena nodriza, la dieta que debía seguir, el estilo de vida que debía llevar y las mejores formas de lactar.

Existieron también aquellas que cobraban, llamándose las nodrizas mercenarias, las que hicieron de esta actividad una forma de sustento para su vida

De alguna forma la existencia de este tipo de crianza, a través de nodrizas, se vio favorecido por la apariencia ideal de la mujer del siglo XVII y XVIII en Europa, las cuales debían tener mamas pequeñas, deformadas desde pequeñas por el uso de corsé, peso algo elevado y de esta forma podían seguir la moda que dictaba vestidos muy ajustados, y poco prácticos para poder amamantar. Asimismo, se sabía que la lactancia materna de alguna manera disminuía la posibilidad de embarazarse, y dada la alta tasa de mortalidad infantil, existía en las clases sociales más acomodadas la necesidad de tener muchos hijos para asegurar la descendencia. Las nodrizas, por su parte, tenían pocos embarazos y esto influyó en la disminución de la nata-

lidad en las clases campesinas de Europa preindustrial

En Francia, a partir del siglo XVII, la práctica de criar con nodrizas se extiende a la burguesía y en el siglo siguiente abarca a las clases populares, quienes las utilizaron para poder trabajar. En este país se reglamenta la lactancia mercenaria, conociéndose leyes al respecto desde 1284<sup>3</sup>.

Existen también culturas que por siglos le han dado un valor primordial a la lactancia materna, un ejemplo de esto son los espartanos, los cuales tenían leyes que obligaban a todas las mujeres a amamantar a sus hijos, fuese cual fuese su clase social<sup>4</sup>. En Chile, la cultura mapuche considera la lactancia materna sumamente beneficiosa para la madre y su hijo, tanto en lo físico como en lo afectivo, generando vínculo y comunicación entre madre e hijo. Esto ha generado que la lactancia materna en la comunidad mapuche dura habitualmente hasta los tres años<sup>5</sup>.

#### **Relación histórica de la lactancia materna en Chile**

En Chile, la lactancia materna ha evolucionado con diferentes niveles de prevalencia, que han tenido relación con el contexto histórico y epidemiológico del país.

En los siglos XVIII y XIX la alimentación en las clases acomodadas seguía la tendencia europea, utilizando nodrizas, o amas de leche, y las madres de escasos recursos daban lactancia materna a sus hijos, pero esta tenía una reducida duración, pues el mal estado nutricional de las madres impedía una mayor duración.

A principios del siglo XX, uno de los problemas de salud más importantes en Chile era la desnutrición. Esta alteración nutricional afectaba principalmente a las madres y a sus hijos. Un 45% de los niños presentaba desnutrición y un 25% moría antes de cumplir los cinco años<sup>6</sup>.

Se generaban en este momento a lo menos tres problemas que se desprendían específicamente de esta situación: una alta tasa de mortalidad infantil, madres

que no daban lactancia materna, pues se les cortaba la leche, producto de la desnutrición que tenían; y niños con bajo peso de nacimiento, con alto riesgo de mortalidad. Existía en Chile una práctica de alimentación bastante frecuente, que consistía en dar, una vez que la madre dejaba de amamantar, agua con harina tostada, mezcla conocida con el nombre de "ulpo" es decir, la nutrición de los niños quedaba a cargo del trigo.

A fin de disminuir este problema se creó una institución de beneficencia llamada Patronato Nacional de la Infancia, cuyo objetivo era repartir alimentos a los niños y madres desnutridas de escasos recursos. En el año 1901, debido a los conocimientos que traía desde sus estudios en Europa, el doctor Luis Calvo Mackenna propuso transformar el Patronato Nacional de la Infancia en un lugar donde no solo se dieran los alimentos, sino que además se hicieran controles de salud a los niños que acudían a este centro, copiando el modelo de "Gotas de Leche". Estos eran consultorios que existían en Francia y España y luego en toda Europa, creados a finales del siglo XIX por el Dr. León Dufour, de Fecamps, Francia, para ofrecer alimentación artificial que pagaban las madres en función de sus posibilidades<sup>7</sup>.

Estos centros se ubicaron en los sectores más necesitados de Santiago y Valparaíso, y aunque su cobertura no fue alta, los estudios realizados sobre su impacto mostraron menor morbimortalidad en los niños que eran atendidos allí. Estos centros estuvieron en funcionamiento hasta 1950<sup>8</sup>.

Con la aprobación de la Ley del seguro obrero, en 1924, se asignó a toda madre obrera atención médica, durante la maternidad, y para su hijo, hasta los ocho meses de vida, tiempo en el cual si no amamantaba a su hijo, recibía leche artificial para hacerlo.

A partir de este hecho, el Estado se convierte en agente responsable de la alimentación de los menores que no tuvieran acceso a una alimentación adecuada.

En un comienzo, la leche llegaba desde los excedentes que presentaban los países industrializados, a través de organizaciones como Caritas o Unicef<sup>9</sup>.

Este aumento de la demanda por la leche de vaca generó un crecimiento de la industria de la leche, recibiendo inversiones que generaron la creación de las grandes marcas que existen hasta el día de hoy. A fin de poder almacenar la leche, fue necesario invertir en tecnología que permitiera secarla, de esta forma surge la leche en polvo.

Con el avance de estudios comparativos y las investigaciones nutricionales del ministro Eduardo Cruz Coke, se estableció que la mejor alimentación para un niño era la leche. Este convencimiento lo llevo a postergar el beneficio de la leche hasta los dos años, y con esta medida se logró disminuir la tasa de mortalidad infantil (medida hasta los cinco años) de 235 por mil a 160 por mil, en 10 años, a partir de 1938<sup>10</sup>.

Tal como se puede apreciar, en el contexto histórico que se ha relatado, la lactancia artificial con leche de vaca fue una medida necesaria como política de salud pública en Chile, que permitió cerrar el círculo de la desnutrición en la que se encontraba la gran mayoría de las personas más necesitadas del país.

Sin embargo, luego de superado este gran problema, aparece, en el contexto social, un cambio revolucionario que fue la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar. Es así como la principal causa para dejar de dar lactancia materna pasa de depender del estado nutricional de la madre a la actividad laboral que desempeña. Siguiendo el modelo americano, la lactancia con leche artificial aumenta o disminuye la lactancia materna<sup>11</sup>.

Existió una gran industria de leche artificial que contó, en algunos países, incluso con vendedoras vestidas de enfermeras, que promocionaban la leche artificial como la mejor forma de alimentar a los lactantes. Contra esta política surgieron voces muy claras al respecto de los beneficios

que la lactancia materna entregaba, entre ellas la de la doctora Cecily Williams, quien es famosa porque a través del desarrollo de su trabajo atribuye al uso generalizado de sustitutos de leche humana, específicamente la leche condensada, miles de muertes de lactantes<sup>2</sup>. Estas fueron las primeras señales y voces que se levantaron en el mundo y que llevaron, luego en 1972, a que se presentara a la Food and Agriculture Organizations (FAO) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un borrador del código para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles.

Asimismo, en Chile, durante el decenio de 1970, se produce una marcada baja en la prevalencia de lactancia materna, atribuida a la incorporación de la mujer al trabajo, a políticas que favorecían la incorporación de alimentos desde temprana edad y el agua en "patitos" (mamaderas de 5 ml) desde el nacimiento. Estaba tan incorporado el uso de estos, que las madres debían llevar a la maternidad, dentro de las cosas que le pedían para el recién nacido, una de estas mamaderas.

Junto con esta baja en la prevalencia de la lactancia materna, la mortalidad infantil era alta (79 por mil nacidos vivos)<sup>12</sup>, causada principalmente por problemas infecciosos digestivos y por problemas respiratorios. Además, existía aún un serio problema de desnutrición infantil.

A principios del decenio de 1980, era frecuente ver en hospitales, centros de atención primaria y medios de difusión masiva (revistas, diarios, radio y televisión), imágenes de hermosos lactantes en una propaganda de leche "maternizada", especial para el lactante.

La idea de tener bebés hermosos se asociaba, entonces, con dar este tipo de alimentación.

Además, en las indicaciones de alimentación, el jugo de frutas se introducía a los tres meses y la sopa puré (primera comida) a los cinco meses, y la recomendación para el destete era al año<sup>5</sup>.

Durante el decenio de 1990, Chile firmó una serie de convenios internacionales que privilegian el desarrollo de actividades orientadas a mejorar la salud infantil, entre ellas, la Declaración de Innocenti, en 1990, para la promoción y apoyo de la lactancia materna. En esta declaración, los países se comprometen a tener como meta que “todas las mujeres deberán poder practicar lactancia materna exclusiva y todos los niños deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta los 4-6 meses de edad”.

De ahí en adelante, los niños deberían seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentación complementaria adecuada y apropiada, hasta los dos años de edad o más. Las “metas y líneas de acción en favor de la infancia”, que se elaboraron en 1992, proponían lograr a fines del decenio un 80% de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de vida del niño y un 35% de lactancia complementada al año de edad”<sup>13</sup>.

Actualmente, se tiene plena conciencia de lo importante de la lactancia materna, todo lo que se ha hecho y legislado, ley de descanso postparto, ley de las salas cunas, la posibilidad de alimentar al niño en estas salas cunas, el hospital amigo de la madre y el niño, firma activa en varias declaraciones que favorecen la lactancia materna (Innocenti, WABA-Alianza Mundial pro Lactancia Materna), la desnutrición ha dejado de ser un problema prioritario de salud. El problema hoy es de mal nutrición por exceso y se ha comprobado que la lactancia materna exclusiva es un factor protector determinante en este aspecto. La evidencia científica ha dado pruebas de todos los beneficios que entrega la leche materna, desde lo fisiológico, psicológico, intelectual, hasta económico (la lactancia artificial consume el 30% del ingreso mínimo en una familia en Chile). Tenemos conocimientos que avalan prácticas que favorecen un buen desarrollo de la lactancia materna (apego inmediato, parto normal, parto sin anestesia, habitación con-

junta madre-hijo desde el primer minuto, clínicas de lactancia materna, educación prenatal de la lactancia materna)<sup>14</sup>.

Por otro lado, los profesionales de la salud tenemos en nuestros currículos el tema tratado ampliamente y somos conscientes de los innumerables beneficios que trae, pero, sin embargo, algo pasa con nuestro real compromiso con la lactancia materna. Así como fuimos capaces de seguir específicamente cada una de las indicaciones que se han dado en el manejo del paciente con sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), siendo muy cuidadosos y muy comprometidos con las normas, en el ámbito de la lactancia materna no se ha llegado a ese convencimiento, existiendo clara evidencia que un niño no alimentado con leche materna tiene un riesgo mayor de morbi-mortalidad.

En relación a las estrategias generadas desde el Ministerio de Salud, es real que en muchos centros no se cuenta con la cantidad de recursos, específicamente humano, que desarrollen las actividades tendientes a la promoción y mantención de la lactancia materna, por ejemplo las clínicas de lactancia, pero si existiera el real compromiso se podrían establecer estrategias de trabajo con la comunidad, usando agentes favorecedores y replicadores de un sistema de acompañamiento y soporte a las madres con mayor riesgo de abandono de la lactancia materna, a fin de que logren una lactancia exitosa, generando niños más sanos, mejor distribución de los recursos y ahorro en el gasto inmediato y futuro en salud.

#### **El “punto de vista” de la madre**

Algo que llama la atención en los estudios de lactancia materna y en los foros que se hacen al respecto es lo poco que se considera el sentir de la mujer en relación a la lactancia y en relación al vínculo con su hijo, se asume que el amor maternal existe siempre y este genera el “instinto maternal” que implica el cuidado del niño y el goce al amantarlo, numerosas autoras han

tratado de desmitificar esto, pero generalmente han sido consideradas feministas y han sido más bien ridiculizadas en lugar de ser escuchadas<sup>15</sup>.

Lo que se ha hecho para favorecer una lactancia más amigable y más disfrutada por la mujer es muy poco, el tratamiento de grietas, mastalgias, incomodidad de la ropa interior, persisten por años igual, no hay mayor preocupación por generar mayor comodidad, y es extraño, porque en otros ámbitos sí ha habido muchos avances.

¿Será verdad que con el solo hecho de ver al hijo surge inmediatamente el deseo de amamantarlo?, o ¿será este otro mito que no nos atrevemos a confesar? O ¿será que sí se desea amamantar, pero como es un acto que se supone está en el inconsciente y se hace instintivamente sin necesidad de mayor apoyo, al realizarlo nos resulta demasiado difícil?

Sin lugar a duda, tenemos una deuda pendiente con la lactancia materna y somos nosotros los profesionales de la salud que estamos al lado de la madre y su hijo, que tenemos la oportunidad de cuidarlos, los que debemos investigar, conocer e implementar medidas que favorezcan tasas de lactancia materna exitosas, pero que impliquen madres felices de amamantar.

## CONCLUSIONES

La lactancia materna ha estado muy influida por los diferentes aspectos socio-culturales de variadas épocas; sin mucha evidencia, algunas culturas en la antigüedad pudieron valorar la importancia para la madre y el hijo de este acto, sin embargo, en su gran mayoría no fue así.

En Chile, la situación estuvo marcada por el subdesarrollo del país en los siglos pasados, con un gran problema de desnutrición de madre-hijo primero y luego con el cambio cultural en la vida de la mujer.

Lo que precisamente más llama la atención y es el centro de reflexión de este artículo, es que hoy, siglo XXI, cuando se tiene mucha evidencia científica de los

beneficios de la lactancia materna no solo para el binomio, sino incluso para la economía del país, los índices de prevalencia de la lactancia materna exclusiva sean bajos.

Al parecer, los profesionales de la salud no hemos tomado real conciencia de esta problemática, porque claramente hay algo que está evitando una mayor prevalencia de la lactancia materna, que influye en que la madre deje de amamantar

Determinar grupos de mayor riesgo de abandono, conocer las causas que favorecen el abandono, destinar recursos para acompañar a estos grupos con mayor riesgo a tener una lactancia exitosa, trabajar con la comunidad, con madres que ayuden a otras madres.

Pero para todo lo anterior los profesionales de la salud debemos estar absolutamente convencidos de los beneficios de la lactancia materna, no solo en el discurso, sino en la acción del día a día.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Aristóteles, *Historia Animalium*, Electronic text, center, Universiti of Virginia library, disponible en. [etextvirginia.edu/toc/mo-deng/public/AriHian/html](http://etextvirginia.edu/toc/mo-deng/public/AriHian/html)
- 2 Manual de Lactancia Materna, Ministerio de Salud, Chile. Juez García G, Niño Moya R, Ortega Weason R, Mena Nannig, González Opazo M. 3ª Edición, 2010. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>
- 3 Paricio Talayero JM. Capítulo 1, "Aspectos históricos de la alimentación al seno materno". Lactancia materna, Guía para profesionales, comité de lactancia materna de la sociedad española de pediatría, monografía de la AEP N° 5, © 2004. Ergon, C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid). ISBN: 84-8473-277-0.
- 4 Landa Rivera L. "Aspectos antropológicos en la práctica del amamantamiento" capítulo 2". Lactancia materna, Guía para profesionales, comité de lactancia materna de la sociedad española de pediatría, monografía de la AEP N° 5, © 2004 Ergon, C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid) ISBN: 84-8473-277-0.

- 5 Manual Programa Chile Crece Contigo, guía de lactancia materna de 0 a 12 meses Ministerio de Salud, Chile, 2007.
- 6 Mardones F. "Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el Período 1937-1982", Revista Chilena de Nutrición, N° 3, Santiago, 1986.
- 7 Fundación Gota de Leche, Historia/ consultorios. Madrid, España Disponible en: <http://www.gotadeleche.org/historia-consultorio/>
- 8 González N, Infante Barros A. Programas de alimentación complementaria en el sector salud en Chile, Boletín de la oficina Panamericana de la salud 89 (6), diciembre, 1980.
- 9 Mardones-Restat F. Políticas de alimentación y nutrición en los planes de salud en Chile. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. [citado 2013 Abr. 28].
- 10 Cruz-Coke M. Historia de la obra científica de Eduardo Cruz-Coke Lassabe. Rev. Méd. Chile [revista en la Internet]. 2001 Abr. [citado 2013 Jun. 09]; 129(4): 447-455. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000400015&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000400015&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200100040001>
- 11 Plank SJ, Milanesi ML. Alimentación infantil y mortalidad en Chile rural, cuadernos médico sociales. 1973; 14: 20-26.
- 12 Medina L, Kaempffer R. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2007 Feb. [citado 2013 Abr. 28]; 135(2): 240-250.
- 13 República de Chile. Metas y líneas de acción en favor de la infancia. Compromisos con los niños de Chile para la década. Santiago, Chile. 1992.
- 14 Niño M, Silva E, Atalah S. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2012 Abr. [citado 2013 Abr. 28]; 83(2): 161-169.
- 15 Badinter E. Um amor conquistado, o mito do amor materno, digital source, título original L amour in plus, 1980 flammariion, Paris.
- 16 Casado, ME, Coronel F, Vidal L. Lactancia materna, preguntas y respuestas. Editorial Mediterráneo, Santiago Chile. 1992, cap. 1 Salud pública y lactancia materna en Chile, 9-15.
- 17 Patri A. Crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, Editorial Mediterráneo. 1993. Santiago, Chile, capítulo 8-9, 102-115.
- 18 Aguilar MJ. Lactancia Materna, Editorial Elsevier. Genova. España, 2005: 1-13.